



Aanvraag pathologisch onderzoek t.b.v. OVHIPEC-2 studie

Patiëntnummer: _____
Geslacht M/V: _____
Geboortedatum + -plaats: _____
Naam (en geboortenaam): _____
Voorletters: _____
Straat + huisnummer: _____
Postcode + woonplaats: _____
Naam zorgverzekeraar: _____
Polisnummer: _____ **OVHIPEC-2** _____
BSN-nummer (verplicht): _____

Aanvragend arts:	dr. Reesink, gynaecoloog	Tel.:	_____
Kopie uitslag aan:	_____		
Ziekenhuis:	Medisch Spectrum Twente (MST)		
Datum afname / tijd:	_____	Tijdstip verzending:	_____
Afgenomen door:	_____	Verpakt door:	_____
Afdeling:	OK nummer: _____	Tel.: 053-4873445	_____

Aantal meegezonden:
_____ glaasjes
_____ buisjes / potjes

Aard materiaal:

Peritoneale laesies van
ovarium carcinoom

Neoadjuvante behandeling:

Onderverdeling inzendingen:

(Specificeer per locatie!)

Aard ingreep:

- Cytoreductie met Hipec bij synchrone ziekte
 Cytoreductie met Hipec bij metachrone ziekte

Wel / Geen

LET OP: OVHIPEC-2 studie

Volgens afspraak tumor en normaal weefsel invriezen

Vriescoupe: Ja, specificeer nader!

Nee

Studienummer OVHIPEC-2: _____

Vraagstelling:

Translatieel onderzoek in het kader van Trial OVHIPEC-2